STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 31245
24 september
2015

# Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

*Nr. C2014.289 van:*

Beslissing in de zaak onder nummer C2014.289 van:
A., kaakchirurg, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven,
tegen
C., wonende te D., verweerster in hoger beroep, klaagster in eerste aanleg, gemachtigde: mr. R.K.R. Zwols, advocaat te Hoogeveen.

## 1. Verloop van de procedure

C. – hierna klaagster – heeft op 6 juni 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. – hierna de kaakchirurg – een klacht ingediend. Bij beslissing van 13 juni 2014, onder nummer 177/2013 heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en de kaakchirurg daarvoor de maatregel van waarschuwing opgelegd.
De kaakchirurg is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen.
Klaagster heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.
De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 23 juni 2015, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. Zwols voornoemd, en de kaakchirurg, bijgestaan door mr. Verberne voornoemd.
Mr. Verberne heeft een pleitnota overgelegd.

## 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.
*2. “DE FEITEN*
*Op grond van de stukken (waaronder het medisch en verpleegkundig dossier inclusief beeldvormend materiaal) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.*
*De klacht betreft de behandeling van klaagster, geboren in 1974, door verweerder. Verweerder is sinds 1993 werkzaam als kaakchirurg in de E. te B. (verder: het ziekenhuis).*
*Verweerder heeft klaagster op 21 april 2010 voor het eerst gezien toen zij op verwijzing door haar tandarts bij hem kwam. Zij was naar verweerder verwezen vanwege een te smalle bovenkaak, een zogeheten maxillaire hypoplasie in transversale zin bij geringe klasse III afwijking en met een dubbelzijdige kruisbeet. Verweerder heeft met klaagster zijn behandelvoorstel besproken: een buccale corticotomie (het klieven van het kaakbot in de bovenkaak) waarna een transpalatinale distractor volgens Mommaerts zou worden geplaatst. Verweerder heeft klaagster een voorlichtingsfolder meegegeven.*
*Op 22 juni 2010 heeft verweerder de ingreep uitgevoerd in algehele narcose. Verweerder heeft een buccale corticotomie gedaan waarbij hij vanaf de neushoek (apertura piriformis) heeft gezaagd richting achterzijde van het bot in de bovenkaak enkele millimeters boven de wortelpunten van de gebitselementen. Om te controleren of hij tot op het goede punt had gezaagd, heeft hij met een kleine beitel met een breedte van 5 mm gecontroleerd of de achterzijde van de bovenkaak was bereikt. Dit is het zogenaamd ‘nalopen’ van de zaagsnede. De behandeling verliep ongecompliceerd. Klaagster zou na de ingreep op de afdeling dagbehandeling verblijven en nog dezelfde dag naar huis gaan. Omdat klaagster zich niet lekker voelde, is klaagster echter opgenomen op de verpleegafdeling. Vanwege plaatsgebrek vond deze opname plaats op de afdeling verloskunde. Postoperatief ontwikkelde klaagster die avond een hemianopsie; zij zag slecht, met name in het rechter gezichtsveld. In de loop van de avond is er overlegd met de dienstdoende kaakchirurg. Dat was een collega van verweerder. Hij is in het ziekenhuis gekomen en heeft klaagster onderzocht, samen met een oogarts. De oogarts kon geen afwijkingen vinden. De dienstdoende kaakchirurg noteerde verder: ‘Neuroloog kan nu niets doen morgen evaluatie’.*
*De volgende dag gaf klaagster na het ontbijt over en om 10 uur heeft zij wederom gebraakt. Ook had klaagster last van toenemende hoofdpijn en nekpijn. Verweerder heeft klaagster op 23 juni 2010 direct na zijn aankomst in het ziekenhuis bezocht, klaagster onderzocht en direct de neuroloog in spoedconsult gevraagd. Het neurologisch onderzoek leverde wel afwijkingen op en de conclusie in het verslag van het aanvullende CT-onderzoek van 23 juni 2010 luidde: parenchymateuze bloeding links temporaal bij status na kaakchirurgische ingreep, schedelbasisfractuur links.*
*Klaagster is naar aanleiding van deze diagnose ter observatie en verdere behandeling opgenomen op de stroke-unit van de afdeling neurologie tot 2 juli 2010.*

*Verweerder heeft met klaagster en haar partner een gesprek gehad in het bijzijn van F., verpleegkundige, op 24 juni 2010. Mevrouw F. noteerde in het dossier: "Dr A. gaf uitleg over de operatie en dat de bloeding dus een gevolg is van de OK. De breuk in de schedelbasis heeft een bloedinkje veroorzaakt. Dit bloedinkje heeft als gevolg dat er een hemianopsie rechts is ontstaan. De oogarts kon namelijk aan het oog zelf niets ontdekken. Dr A. heeft aan hun verteld dat de kans op herstel groot is maar dat het wel afwachten is. Rust is in dit geval het beste medicijn. De kaakchirurg gaat dus nu ook niet eerder dan volgende week woensdag kijken hoe ze verder gaan met schroeven. Er moet namelijk nog een spleet ontstaan tussen de voortanden. Met een breedte van een patat. (daarna de beugel) door het schroeven. Verder is hun verteld dat dr. G. nu hoofdbehandelaar is. Hr en*

*Mw waren tevreden over het gesprek. Het was duidelijk."*

*Op 26 juni 2010 werd weer een CT-scan gemaakt. Deze scan liet een ongewijzigd beeld zien. De conclusie van het verslag van de radioloog luidde: ongewijzigde parenchymbloeding links temporaal bij bekende schedelbasisfractuur. Enig bloed in het ventrikelsysteem, conform eerder onderzoek. Verweerder heeft de uitslag met klaagster besproken. Verweerder heeft klaagster tijdens haar opname in het ziekenhuis dagelijks gesproken. Ook na het ontslag heeft verweerder nog veel contact met klaagster gehad. Omdat klaagster klinisch stabiel was, is zij door de neuroloog op 2 juli 2010 uit het ziekenhuis ontslagen.*

*Klaagster kon thuis de dagelijkse gang van zaken niet oppakken. De in consult gevraagde revalidatiearts constateerde dat klaagster naast de visusproblemen balansproblemen had en dat ze snel was uitgeput. Besloten werd te starten met een revalidatiedagbehandeling. Omdat dit echter te zwaar was voor klaagster, is zij opgenomen in een revalidatiekliniek. Deze opname duurde van 29 juli tot 20 september 2010. Hierna zou klaagster weer proberen het gewone leven op te pakken. Dat is klaagster echter niet gelukt. Zij is nog steeds ernstig beperkt in haar dagelijkse leven. Het werken als zelfstandig kapster, zoals zij voor de ingreep deed, is voor haar niet meer mogelijk.*

*Verweerder heeft diverse keren contact gehad met de jurist van het ziekenhuis met de vraag of het ziekenhuis iets voor klaagster kon betekenen, bijvoorbeeld in relatie tot een specifieke bril.*

3. *HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT*

   *Klaagster verwijt verweerder – zakelijk weergegeven – dat:*
   - *hij te hardhandig gebruik heeft gemaakt van de beitel (de osteotoom), in de zin dat hij te hard of te vaak zou hebben geslagen;*
   - *hij een onnodig risico heeft gelopen door de zaagsnede na te lopen met de osteotoom;*
   - *hij een verkeerde inschatting heeft gemaakt van het postuur van klaagster en de daarbij behorende stevigheid van haar schedel;*
   - *klaagster ontslagen is uit het ziekenhuis in een situatie die volstrekt onverantwoord was.*

4. *HET STANDPUNT VAN VERWEERDER*

   *Verweerder erkent dat mogelijk ten gevolge van het nalopen van de zaagsnede er toch als complicatie een fractuur is opgetreden. Verweerder erkent niet, en heeft dat ook nooit gedaan, dat hij te hard heeft geslagen en een fout heeft gemaakt. Hij stelt zich verder op het standpunt dat hij jegens klaagster de zorg in acht heeft genomen die hij als redelijk bekwaam en redelijk handelend kaakchirurg onder deze omstandigheden in acht behoorde te nemen, dat hij dus geen tuchtnorm heeft geschonden en dat de klacht in al haar onderdelen dient te worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hierna meer expliciet op het verweer ingegaan.*

5. *DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE*

   *5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Daarbij benadrukt het college dat hetgeen klaagster is overkomen buitengewoon tragisch is, maar dat bij de beoordeling van het handelen van verweerder het college de wetenschap van die tragische afloop buiten beschouwing dient te laten. Toetsing van het handelen van verweerder dient plaats te vinden in het licht van wat verweerder op dat moment bekend was en bekend kon zijn.*

   *5.2 Partijen zijn het in grote lijnen eens over de feitelijke gang van zaken. Wat hen vooral verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of sprake is van een medische fout of van een complicatie. In dat kader hebben al diverse deskundigen zich gebogen over deze casus. Deze deskundigen hebben zich in het bijzonder uitgelaten over de vraag of het nalopen van de zaagsnede met een beiteltje toentertijd in de beroepsgroep als norm of standaard was aanvaard. Met de deskundigen is het college het eens dat ten tijde van de ingreep op 22 juni 2010 de door verweerder gevolgde procedure lege artis was. Weliswaar bestonden ook toen afwijkende protocollen of werkwijzen, maar dat enkele feit brengt niet mee dat verweerder niet overeenkomstig de normen heeft gehandeld door de gevolgde werkwijze te hanteren.*

   *5.3 Naar het oordeel van het college behoefde het postuur van klaagster en de daarbij behorende stevigheid van haar schedel verweerder niet van de gevolgde werkwijze te weerhouden. Steun*

*voor het andersluidende standpunt van klaagster heeft het college in het dossier noch in de deskundige rapportages aangetroffen. Verder betwist verweerder dat hij in het gesprek van 24 juni 2010 aan klaagster heeft medegedeeld dat hij zich had verkeken op haar postuur. Daarom staat dat niet vast. Ook daarom kan niet worden geoordeeld dat verweerder onnodig risico heeft gelopen door de zaagsnede na te lopen met de beitel. Dit klachtonderdeel is dus ongegrond.*

*5.4 In de klacht van klaagster ligt besloten het verwijt dat verweerder de gevolgde procedure niet zorgvuldig genoeg heeft uitgevoerd. Vast staat dat klaagster ten gevolge van de operatie een schedelbasisfractuur heeft opgelopen. Desgevraagd heeft verweerder ter zitting voorgedaan hoe hij met de beitel de osteotomie van de bovenkaak heeft nagelopen. Het beiteltje dat hij daarbij hanteert, is 5 mm breed, scherp aan het uiteinde en bezit een platte achterkant waarop de hamer tikt. Verweerder heeft ter zitting, kennelijk in navolging van de door hem geraadpleegde neuroloog en radioloog, aangevoerd dat vanuit de zaagsnede in de bovenkaak naar achteren een barst of fractuur moet zijn ontstaan, waardoor een spike is ontstaan die de bloeding in de temporaal kwab heeft veroorzaakt. Op de CT-scans is evenwel geen fractuurlijn vanuit het operatiegebied zichtbaar.*

*5.5 Het college heeft de CT-scans nauwkeurig bestudeerd – in het bijzonder die van 26 juni 2010 – en heeft geconstateerd dat in de middelste schedelgroeve ter plaatse van het os sphenoidale een perforatie is te zien met een breedte van ongeveer 5 mm. Omdat tevens enkele losse botsplinters kunnen worden waargenomen aan de binnenzijde van de schedelbasis, die erop duiden dat er met enig geweld van buitenaf een perforatie is ontstaan, is hoogstwaarschijnlijk dat verweerder met de beitel hoger en voorbij de lijn van de osteotomie is uitgekomen. Hij heeft vervolgens de schedelbasis van klaagster geraakt waardoor de perforatie in de schedelbasis en de intracerebrale bloeding met bloed in het ventrikelsysteem zijn ontstaan. Het college dient dan ook aan te nemen dat verweerder bij het nalopen van de zaagsnede de richting en de afstand waarover de beitel is gebruikt niet meer onder controle heeft gehad. De perforatie in de schedelbasis en de osteotomie van de bovenkaak tonen immers geen continuïteit en een andere aannemelijke verklaring voor de door een uitwendige oorzaak ontstane perforatie in de schedelbasis is afwezig.*

*5.6 Uitgaande van deze oorzaak is de vraag aan de orde of de handelwijze van verweerder aangemerkt dient te worden als een complicatie of als een medische fout. Het college heeft er begrip voor dat het nalopen van het achterste deel van de osteotomielijn in de bovenkaak na de curvatuur van de crista infrazygomaticus door het ontbreken van direct zicht grote oplettendheid vereist. Door een afwijking in richting of diepte van de veronderstelde plaats van de beitel kan de lamina pterygoidea worden gemist en leiden tot een bloeding of, in dit geval, een schedelbasisperforatie indien de operateur tikt op de beitel. Hoewel het college veronderstelt dat een afwijking van de stand van de beitel vaker zal voorkomen – echter niet met de desastreuze gevolgen als bij klaagster -, is het college desalniettemin van oordeel dat het onzorgvuldig is de lijn van de zaagsnede bij het nalopen kwijt te raken en in een andere richting dan de lijn op de beitel te tikken. De stand van verweerders beitel is op enig moment onmiskenbaar verkeerd geweest. Om deze reden treft verweerder een tuchtrechtelijk verwijt.*

*5.7 Verweerder heeft hiertegen aangevoerd dat hij zich niet herinnert dat hij anders dan normaal te werk is gegaan. Dit laat onverlet dat gebeurd kan zijn wat het college als de hoogstwaarschijnlijke oorzaak aanmerkt. Verweerder heeft nog aangevoerd dat in het scenario dat het college ter zitting heeft geschetst, hij vitale delen zou hebben moeten raken in het traject van de bovenkaak tot de schedelbasis. Naar het oordeel van het college is dat geen noodzakelijk doch slechts een mogelijk gevolg van een handeling als de onderhavige. Evenmin volgt het college verweerder in zijn stelling dat de door hem gebruikte Langebeck retractor verhindert dat de beitel doorschiet. De retractor biedt namelijk geen bescherming tegen doorschieten in het traject tussen bovenkaak en schedelbasis ook niet als de richting van de beitel afwijkt. Het klachtonderdeel is dus gegrond.*

*5.8 Omdat de neuroloog klaagster heeft opgenomen in het ziekenhuis, haar hoofdbehandelaar aldaar is geworden en verantwoordelijk is geweest voor haar ontslag, valt niet in te zien dat verweerder van het naar het oordeel van klaagster onverantwoorde ontslag een verwijt treft. Dit klachtonderdeel is ongegrond.*

*5.9 De conclusie is dat verweerder bij het nalopen van de zaagsnede onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld waardoor hem een tuchtrechtelijk verwijt treft. Het is evident dat de gevolgen hiervan voor klaagster ernstig zijn. De aard van de ingreep in kwestie brengt echter mee dat een kleine onoplettendheid dergelijke gevolgen kan hebben. Dat risico leidt er niet toe dat de mate van verwijtbaarheid groter wordt. Vanwege de hiervoor vermelde feiten en omstandigheden acht het college de maatregel van waarschuwing passend. De overige klachtonderdelen zijn ongegrond".*

## 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals

weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

### 4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 In hoger beroep is opnieuw aan de orde het – door het Regionaal Tuchtcollege uit de klachten van klaagster gedestilleerde – verwijt dat de kaakchirurg op 22 juni 2010 bij het nalopen van de zaagsnede niet zorgvuldig (genoeg) heeft gehandeld.

4.2 De kaakchirurg heeft beroep ingesteld tegen de gegrondverklaring van dit verwijt door het Regionaal Tuchtcollege. Hij heeft daartoe aangevoerd dat het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege ontoereikend is gemotiveerd, nu het is gebaseerd op aannames en hoogstwaarschijnlijkheden. Dit biedt onvoldoende basis voor een gegrondverklaring van dit klachtonderdeel of het opleggen van een maatregel, aldus de kaakchirurg. Het beroep strekt ertoe dat de klacht op dit onderdeel door het Centraal Tuchtcollege alsnog ongegrond zal worden verklaard dan wel dat de klacht op dit onderdeel gegrond zal worden bevonden, zonder het opleggen van een maatregel.

4.3 Klaagster heeft hiertegen verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.4 Er is geen (incidenteel) beroep ingesteld tegen de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege dat de door de kaakchirurg gevolgde procedure waarbij de zaagsnede met een beiteltje is nagelopen ten tijde van de ingreep op 22 juni 2010 lege artis was (klachtonderdeel 2), of de overweging dat het postuur van klaagster en de daarbij behorende stevigheid van haar schedel de kaakchirurg niet van de gevolgde werkwijze hoefde te weerhouden (klachtonderdeel 3), en evenmin tegen de overweging dat niet valt in te zien dat de kaakchirurg een verwijt treft ten aanzien van klaagsters ontslag uit het ziekenhuis (klachtonderdeel 4). Deze onderwerpen maken derhalve geen deel uit van het geschil in hoger beroep.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat om het antwoord op de vraag of de kaakchirurg met zijn beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van wat redelijkerwijs van hem kan worden verwacht, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Daarbij merkt het Centraal Tuchtcollege op dat de gevolgen van de ingreep van 22 juni 2010 voor klaagster buitengewoon ernstig zijn (geweest), maar dat met deze – eerst na de ingreep gebleken – gevolgen van de ingreep als zodanig bij de beoordeling van het handelen van de kaakchirurg ten tijde van het uitvoeren van de ingreep geen rekening kan worden gehouden. De tuchtrechtelijke toetsing van het handelen dient plaats te vinden op de hiervoor beschreven wijze; het enkele gegeven van het ingetreden ernstige gevolg dwingt niet tot de vaststelling dat de ingreep onoordeelkundig is uitgevoerd.

4.6 De kaakchirurg heeft op 22 juni 2010 bij klaagster een buccale corticomie (het klieven van het kaakbot in de bovenkaak) uitgevoerd, waarbij hij vanaf de neushoek heeft gezaagd richting de achterzijde van het bot in de bovenkaak enkele millimeters boven de wortelpunten van de gebitselementen. Teneinde te controleren of hij tot op het goede punt had gezaagd, heeft hij ‘de zaagsnede nagelopen’: het met behulp van een klein beiteltje met een breedte van 5 mm controleren door de kaakchirurg of de achterzijde van de bovenkaak was bereikt.

4.7 Bij genoemde ingreep is op enig moment een beschadiging opgetreden, te weten een gaatje van 5 mm ter plaatse van het os sphenoïdale. Deze beschadiging moet worden aangemerkt als een uiterst zeldzaam gevolg bij de uitgevoerde ingreep.

4.8 Beoordeeld dient te worden of deze beschadiging is opgetreden door onzorgvuldig handelen van de kaakchirurg. Immers, alleen dan kan de kaakchirurg een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

4.9 Het Centraal Tuchtcollege acht op grond van de stukken van het geding en de behandeling ter zitting niet aannemelijk dat de kaakchirurg bij de uitvoering van de ingreep onzorgvuldig heeft gehandeld. Daartoe overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

4.10 De ingreep dient te worden bezien in het licht van het gegeven dat een onderdeel daarvan – te weten, het nalopen van het achterste deel van de osteotomielijn in de bovenkaak na de curvatuur van de crista infrazygomaticus – zich onttrekt aan het directe zicht van de kaakchirurg en dat de kaakchirurg daarbij is aangewezen op hetgeen zijn tast en gehoor hem leert. Dit gebrek aan direct zicht is inherent aan de procedure en deze procedure was – zo is in eerste aanleg komen vast te staan – ten tijde van de ingreep binnen de beroepsgroep (nog) gangbaar. Dat de kaakchirurg deze procedure toen heeft gevolgd, kan hem derhalve thans niet worden tegengeworpen.

4.11 Niet in geschil is dat de kaakchirurg deze ingreep reeds vele malen eerder heeft verricht en derhalve voldoende ervaring had om (op tast en gehoor) de zaagsnede met een beiteltje na te lopen. Het operatieverslag maakt geen melding van bijzonderheden tijdens de ingreep. Het Centraal Tuchtcollege kan op basis hiervan noch op grond van de overige beschikbare gegevens vaststellen dat de kaakchirurg bij het nalopen van de zaagsnede op enigerlei wijze – bijvoorbeeld door onoplettendheid, te hard of te vaak slaan, een duidelijk verkeerde stand van het beiteltje, het kwijtraken van de zaagsnede, geen controle hebben over richting en afstand van na te lopen

zaagsnede – onzorgvuldig heeft gehandeld in die zin dat hij is getreden buiten de grenzen van wat redelijkerwijs van hem kon worden gevergd bij de uitvoering van deze ingreep.

4.12 Hoewel de beschadiging is opgetreden in het gebied belendend aan de door de kaakchirurg na te lopen zaagsnede, betreft de locatie van de beschadiging niet een dusdanig wezenlijk ander gebied, dat de handelwijze van de kaakchirurg reeds daarom als onzorgvuldig kan worden aangemerkt. De deskundigenrapportages wijzen ook niet op onzorgvuldigheden bij het uitvoeren van de ingreep.

4.13 Ook de schriftelijke verklaring van de ex-partner van klaagster inhoudende dat de kaakchirurg in een gesprek met klaagster en een verpleegkundige – kort gezegd – zijn medische fout zou hebben toegegeven biedt in dit verband onvoldoende steun, nu deze verklaring door de kaakchirurg gemotiveerd is betwist, terwijl de verklaring evenmin steun vindt in de weergave van het gesprek zoals door de verpleegkundige beschreven in het verpleegkundig dossier.

4.14 Het Centraal Tuchtcollege overweegt voorts dat het gegeven dat er losse botsplinters kunnen worden waargenomen aan de binnenzijde van de schedelbasis, niet direct de conclusie rechtvaardigt dat daar (hoogstwaarschijnlijk) met enig (ongepast) geweld van buitenaf een perforatie met een beiteltje is ontstaan. Bij het klieven van de kaak kunnen onvoorspelbare en onwenselijke effecten niet geheel worden uitgesloten.

4.15 Het Centraal Tuchtcollege kan – nu van onzorgvuldig professioneel handelen niet is gebleken – al met al niet uitsluiten dat er sprake is geweest van een uiterst zeldzame complicatie die is opgetreden bij een door de kaakchirurg bij klaagster op zich zorgvuldig uitgevoerde buccale corticomie.

4.16 Onder deze omstandigheden is er geen plaats voor een tuchtrechtelijk verwijt. Daarbij merkt het Centraal Tuchtcollege nog op dat de kaakchirurg, gelet op het doel van het tuchtrecht, te weten het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg, niet enkel op grond van een na de operatie geconstateerde beschadiging – hoe ernstig ook – tuchtrechtelijk aansprakelijk kan worden gehouden voor een ingreep, wanneer niet tevens aannemelijk is geworden dat hij bij die ingreep ook daadwerkelijk onzorgvuldig heeft gehandeld.

4.17 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege anders oordeelt dan het Regionaal Tuchtcollege en dat het beroep van de kaakchirurg doel treft. De beslissing van het Regionaal Tuchtcollege kan derhalve niet in stand kan blijven voor zover daarbij het verwijt, dat de kaakchirurg op 22 juni 2010 bij het nalopen van de zaagsnede niet zorgvuldig (genoeg) heeft gehandeld, gegrond is verklaard. Het Centraal Tuchtcollege zal de bestreden beslissing in zoverre vernietigen en opnieuw rechtdoende de klacht op dit onderdeel alsnog ongegrond verklaren. Dit vernietigen brengt mee dat de aan de kaakchirurg opgelegde maatregel van waarschuwing vervalt.

## 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voor zover daarin de klacht dat de kaakchirurg de gevolgde procedure niet zorgvuldig genoeg heeft uitgevoerd, is gegrond verklaard;
en opnieuw rechtdoende:
verklaart dit klachtonderdeel alsnog ongegrond;
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg-jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.
Deze beslissing is gegeven door: mr. T.L. de Vries, voorzitter, mr. L.F. Gerretsen-Visser en mr. R. Veldhuisen, leden-juristen en dr. R.T. Ottow en prof. dr. A. Vissink, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 10 september 2015.

*Voorzitter*

*Secretaris*